

Заключение о состоянии здоровья получателя услуг

Ф.И.О. (при наличии) _____

Дата рождения _____

Адрес (при наличии) _____

Группа инвалидности (при наличии) _____

Состояние здоровья по результатам осмотра:

Диагноз:

Психических расстройств, хронического алкоголизма, венерических, хронических инфекционных кожных заболеваний, вирусоносительства, тяжелой формы эпилепсии, активных форм туберкулеза, а также иных тяжелых заболеваний, требующих лечения в специализированных стационарных организациях здравоохранения, не выявлено.

Рекомендации в рамках межведомственного взаимодействия:

Врач

Подпись

Дата

М.П.